



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACCESO A LA SALUD ORAL DE ESCOLARES CON BAJO NIVEL
SOCIOECONÓMICO EN MÉXICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JOSÉ TOSHIYUKI KAMEYAMA DEL CASTILLO NEGRETE

TUTORA: Esp. ALICIA MONTES DE OCA BASILIO

MÉXICO, D. F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a Dios por permitirme llegar hasta este punto y darme más de lo que merezco. A mis padres, por su dedicación, tiempo y enseñanzas les agradezco, por su esfuerzo y esmero, por todos los días que han pasado a mi lado. A Mi tío Yoshi por creer en mí, por darme siempre buenos consejos, por escucharme y dedicarme de su tiempo, por su ejemplo de disciplina y perseverancia, por su amistad y apoyo incondicional; gracias por alentarme y hacer de mí una mejor persona. A mis hermanos que me hacen la vida más amena, por su compañía y buenos momentos que me hacen pasar, les dedico esa tesina. Gracias Itzhe por tu amor y tu entrega, por tu amistad y compañía, por apoyarme siempre en las buenas y en las malas. A la Doctora Alicia Montes de Oca le estoy muy agradecido por su tiempo, esfuerzo, paciencia y por todas las enseñanzas que ha dejado en mí. Gracias Facultad de Odontología por todos los conocimientos que dejaste en mí, por mis maestros y compañeros que marcaron mi vida, por abrirme las puertas a una gran profesión.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. NIVELES SOCIOECONÓMICOS	5
1.1. Clasificación	5
2. DERECHO A LA SALUD	10
2.1. Derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes	12
2.2. Acceso a la salud	13
2.3. Sistemas de salud	14
2.4. Servicios de salud oral	
3. SALUD ORAL EN ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO	17
3.1. Etapa escolar	19
3.2. Enfermedades orales frecuentes	25
3.2.1. Caries dental	28
3.2.2. Enfermedad periodontal	31
3.2.3. Maloclusiones	33
3.2.4. Enfermedades orales oportunistas	34
CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial y nacional la distribución de la población se establece en diferentes niveles socioeconómicos a razón del lenguaje, cultura, ingresos, bienes y servicios, además de su forma de gobierno.

La inequidad que existe en los sectores de bajo nivel socioeconómico provoca efectos negativos relacionados con la condición de vida y la salud, por estar marginados al acceso de servicios básicos.

En cuanto a la salud oral esta situación es similar, debido a factores socioeconómicos y sociodemográficos asociados, asimismo a la mala combinación de políticas y programas sociales deficientes.

Los niños reciben menos instrucciones de higiene oral a medida que desciende su nivel socioeconómico y por lo general presentan mayores necesidades de salud por la alta incidencia a enfermedades orales, además, el acceso a la atención odontológica resulta costoso en las etapas de curación y rehabilitación, así como inaccesible en algunas comunidades.

En México, la odontología se ha involucrado en los equipos de salud comunitaria, sin embargo, aún persisten condiciones de desigualdad, en las cuales los indígenas representan uno de los grupos más afectados.

El objetivo del presente trabajo es analizar los determinantes socioeconómicos y culturales del acceso de los servicios de salud en niños escolares de bajo nivel socioeconómico para fomentar la educación y prevención de la salud oral en beneficio de los individuos, las familias, la comunidad y la profesión.

1. NIVELES SOCIOECONÓMICOS

El estatus socioeconómico representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida de una familia o individuo, generalmente se clasifica en alto, medio y bajo analizando tres variables como ingresos, educación y ocupación.

1.1. Clasificación

El índice AMAI 10x6 es una clasificación basada en seis niveles, considerando diez características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto. ¹ Tabla 1

TECNOLOGÍA Y ENTRETENIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Número de televisores a color • Computadora
INFRAESTRUCTURA PRÁCTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Número de focos • Número de autos • Estufa
INFRAESTRUCTURA SANITARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Baños • Regadera
INFRAESTRUCTURA BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Piso • Número de habitaciones
CAPITAL HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> • Educación del jefe de familia

Tabla 1. Indicadores de la regla AMAI 10x6. ¹

A las 10 variables seleccionadas se les asignó puntos considerando el coeficiente de cada uno de los valores sobre el ingreso familiar. Tabla 2

CANTIDAD	PUNTOS			
	TV a color	Automóvil	Baños	Computadora
No Tener	0	0	0	0
1	26	22	13	17
2	44	41	13	29
3	58	58	31	29
4	58	58	48	29
	Piso diferente de tierra o cemento		Regadera	Estufa
No Tener	0		0	0
Tener	11		10	20
	Cuartos			
0 a 4	0			
5 a 6	8			
7 o más	14			
	Focos			
6 – 10	15			
11 – 15	27			
16 – 20	32			
21 +	46			
	Nivel		Escolaridad	
	Sin instrucción		0	
	Primaria o secundaria completa o incompleta		22	
	Carrera técnica preparatoria completa o incompleta		38	
	Licenciatura completa o incompleta		52	
	Postgrado		72	

Tabla 2. Tabla de puntaje según AMAI. ¹

Al obtener el puntaje total se determina el nivel socioeconómico según el índice AMAI 10x6. Tabla 3

Nivel	Puntos
E	Hasta 60
D	Entre 61 y 101
D+	Entre 102 y 156
C	Entre 157 y 191
C+	Entre 192 y 241
A/B	Entre 242 y más

Tabla 3. Niveles socioeconómicos. ¹

El estrato con el mejor nivel de vida e ingresos del país, es nivel socioeconómico A/B, donde el perfil del jefe de familia está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de licenciatura o mayor, viven en casas o departamentos de lujo, cuentan con sistema óptimo de sanidad, poseen todos los enseres y electrodomésticos, además destinan gran parte de su ingreso al ahorro, educación, esparcimiento, comunicación y vehículos.

El nivel socioeconómico C+ es el segundo estrato más alto e incluye aquellas familias que sus ingresos y/o estilo de vida es ligeramente superior a los de la clase media, el perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de licenciatura, generalmente viven en casas o departamentos propios, algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades, ahorran e invierten en educación y comunicación.

El nivel medio o C, en realidad se encuentra arriba del promedio poblacional de bienestar, el perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente, los hogares pertenecientes a este estrato son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades, la mayor parte de su gasto es destinado al alimento, transporte y pago de servicios.

El nivel socioeconómico D+ incluye a aquellos hogares que sus ingresos y/o estilos de vida son ligeramente menores a los de la clase media, el perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de secundaria o primaria completa, las viviendas en su mayoría son propias y generalmente de interés social, aunque algunas personas rentan el inmueble, además poseen la mínima infraestructura sanitaria de su hogar.

El estrato medio de las clases bajas es el D, donde el perfil del jefe de familia está formado generalmente por individuos con un nivel educativo de primaria completa en la mayoría de los casos, por lo general viven en vecindades o casas de interés social, propias o rentadas y aspiran a contar con los servicios sanitarios mínimos. ^{1,3}

Finalmente el nivel socioeconómico E que es el más bajo de la población, el perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria incompleta, estas personas no poseen una vivienda teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo, en un solo hogar suele vivir más de una generación y son totalmente austeros, carecen de todos los servicios y bienes satisfactorios. ^{1,3}

En 2014, la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) propuso otra clasificación en la que divide a la población mexicana en seis clases sociales: baja-baja, baja-alta, media-baja, media-alta, alta-baja y alta-alta; las cuáles son determinadas por sus funciones, costumbres, situación económica y de poder, considerando la actividad que las personas desempeñan en la sociedad, ocupación, ingresos económicos, nivel cultural y comportamiento. ²

Tabla 4

CLASE SOCIAL	% Y No. DE PERSONAS	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN
Baja-Baja	35% 39,317,788	Trabajadores temporales, inmigrantes, comerciantes informales, desempleados y gente que vive de la asistencia social.
Baja-Alta	25% 28,084,134	Obreros y campesinos.
Media-Baja	20% 22 467 307	Oficinistas, técnicos supervisores y artesanos calificados, de los cuales sus no son muy sustanciosos pero son estables.
Media-Alta	14% 15,727,115	Quienes cuentan con buenos salarios e ingresos económicos estables. La componen hombres de negocios y profesionales exitosos.
Alta-Baja	5% 5,616,826	Familias que son ricas pero de pocas generaciones atrás.
Alta-Alta	1% 1,123,365	Antiguas familias ricas que durante varias generaciones han sido prominentes y cuya fortuna es tan añeja que se ha olvidado cuándo y cómo la obtuvieron.

Tabla 4. Niveles socioeconómicos y sus características según PROFECO. ²

2. DERECHO A LA SALUD

Los lineamientos internacionales en materia de salud se contemplan en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como en los compromisos adquiridos al ratificar los distintos tratados internacionales sobre derechos humanos.

La OMS actúa como la autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo y en su Declaración de Principios estableció que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones, además que uno de los derechos fundamentales de cada ser humano es lograr el grado máximo de salud, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social. ⁴

Por consiguiente, el Estado está obligado a satisfacer las necesidades relativas a dicho derecho ofreciendo una serie de prestaciones y medios necesarios para garantizar y proteger a la población a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales; a razón del concepto de salud de la OMS que se refiere al estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó una observación general sobre el derecho a la salud en la que se afirma que abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. ⁵

La disponibilidad es la obligación del Estado de garantizar la suficiente infraestructura y establecimientos de bienes y servicios en salud, basada en la operación de las unidades médicas y hospitales mediante la existencia de recursos materiales, humanos y presupuestarios.

La accesibilidad se refiere a que no existan barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, ya sea de tipo físico, económico o de información.

La calidad requiere que la infraestructura, bienes y servicios de salud sean apropiados a las necesidades de los pacientes, por lo tanto, que se cuente con el personal suficiente, medicamentos apropiados, equipamiento adecuado, condiciones sanitarias y de higiene, además del buen trato por parte del personal de salud hacia los beneficiarios.⁵

En México, se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud en la Constitución dentro de las garantías individuales en el cuarto párrafo del artículo 4to.⁵

En la Ley General de Salud se dispone que el derecho a la protección de la salud permita alcanzar el bienestar físico y mental de los mexicanos; proteger y acrecentar los valores para coadyuvar a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; alargar y mejorar la calidad de vida de todos los mexicanos, con especial atención en los sectores más vulnerables; promover servicios de salud y asistencia social adecuados y aptos para satisfacer las necesidades de salud de la población; dar a conocer e impulsar el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y estimular la enseñanza, la investigación científica y tecnológica para la salud.^{6,7}

No obstante, en materia de reglamentación el derecho a la salud en México no siempre implica su pleno ejercicio debido a diversos factores como inexistencia del servicio específico que es requerido, falta de información sobre los servicios a los que se puede acceder o desconfianza en los que son ofrecidos. Además, de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social y medición de la pobreza realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la población de bajo nivel socioeconómico generalmente carece de acceso a servicios de salud o su ingreso familiar no es suficiente para cubrir esta necesidad.⁵

2.1. Derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a finales de 1989, acordó garantizar los derechos y dignidad de los niños, niñas y adolescentes del mundo.

Los gobiernos y la sociedad son responsables fundamentalmente de ejercer estos derechos a través de proveer alimentación, salud, educación, vestido, vivienda, afecto, respeto, recreo, identidad y nacionalidad, asimismo de promover y vigilar el ejercicio de los derechos de los niños en la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en general.

Es indispensable que niños, niñas y adolescentes gocen de servicios médicos, vacunas, medicamentos, agua potable y buena alimentación para su correcto crecimiento y desarrollo, además se deden prevenir enfermedades mejorando su calidad de vida y en caso de que se presenten acudir a centros médicos para mejorar su salud.⁸

2.2. Acceso a la salud

El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que sea independiente de características como ingreso, lugar de residencia, condición laboral o pertenencia a un grupo étnico o minoría.

De acuerdo con la OMS, el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de éstos por parte de los individuos, lo que a su vez, es influido por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales).

Los parámetros para analizar el acceso y uso efectivo de los servicios de salud, incluyen tres de los elementos considerados por la OMS como disponibilidad, accesibilidad y calidad, además de la utilización de los servicios de salud.

La Ley General de Salud establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y las entidades federativas en esta materia, se considera la afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta incluyendo el Seguro Popular, instituciones públicas de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Ejército o Marina y los servicios médicos privados.

2.3. Sistemas de Salud

La OMS define al sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos que buscan mejorar la salud del individuo, asimismo debe proporcionar tratamientos adecuados y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

En México, se cuenta con un sistema de salud fragmentado en varios sub-sistemas que comprenden los sectores público, privado, tradicional e informal, dentro de sus funciones se encuentran prestar servicios personales y de salud pública de manera efectiva, eficiente y segura, además de generar recursos, financiamiento y gestión.⁹ Figura. 1

Los servicios de salud para trabajadores de los sectores público y estatal son proporcionados a través de la Seguridad Social como el IMSS, el ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y PEMEX.

La población no derechohabiente puede obtener servicios de salud de manera privada pagados por las empresas o personas que los demandan y a través de la Secretaría de Salud.¹⁰



Figura 1. Sistemas de salud en México. ¹⁰

2.4. Servicios de salud oral

El objetivo principal de la política de salud oral es disminuir la experiencia de caries dental, periodontopatías y cáncer oral, por lo que se han diseñado diversos programas como: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y el de fluoración de la sal. ⁴

En niños preescolares y escolares se realizan una serie de acciones preventivas que incluyen enjuagues bucales y/o aplicaciones tópicas de fluoruro, instrucciones de técnicas de cepillado y uso de hilo dental. ¹⁰

El acceso a los servicios de salud oral se ofrece a través de varias organizaciones aisladas, desafortunadamente con una baja cobertura efectiva en la población, por lo que la mayoría accede a servicios privados donde se ofrece una amplia gama de tratamientos, aunque con riesgo de caer en gastos excesivos.

Entre los diversos factores por los que la población mexicana no acude a servicios odontológicos se encuentran el aseguramiento, educación, nivel socioeconómico y ocupación. Al no ser provistos por el subsistema de salud público, los precios en el sector privado pueden ser más altos de los que la población está dispuesta a pagar, lo que constituye una importante barrera económica de acceso, por otra parte se encuentran las percepciones que tienen las personas hacia la salud oral e incluso algunos sistemas de salud, puesto que no se considera como parte de la salud integral debido a que la mayor parte de los problemas dentales no causan la muerte en la población.

3. SALUD ORAL EN ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

A nivel mundial el perfil epidemiológico muestra un proceso de transición caracterizado por la coexistencia de morbilidad y mortalidad debido a causas infecciosas con las relacionadas a padecimientos crónico-degenerativos, accidentes y lesiones, probablemente como resultado de la influencia cultural, el estado socioeconómico y ambiental que intervienen en la salud de la población e incluso llegan a ejercer un mayor impacto que los factores genéticos y biológicos, lo cual genera un problema de salud pública.

En México, estas tendencias no son la excepción y se ha observado lo que se conoce como gradiente social en salud, que se refiere a la prevalencia de enfermedades en los grupos menos favorecidos, donde la discriminación, disponibilidad y dificultad al acceso de opciones saludables, servicios y cuidados preventivos contribuyen a los perjuicios en la salud general.

En cuanto a la salud oral se le resta importancia al no incorporarla dentro de los indicadores del estado de salud general, en ocasiones el acceso a los servicios públicos y sanitarios son limitados, no existen en los sistemas de salud, o bien, los costos son considerables, por otra parte no se consideran las implicaciones económicas y sociales que pueden llegar a generar, a pesar de que las enfermedades orales son comunes en esta población.^{4,13}

Los individuos que las padecen consideran que no ponen en riesgo su vida en comparación con otras enfermedades, por lo que no acuden a los servicios odontológicos, otro factor que puede influir son las experiencias negativas que llegan a generar miedo y ansiedad, lo que agrava los problemas de salud oral.

De acuerdo con la Encuesta de Salud Mundial, las personas de bajo nivel socioeconómico, especialmente de comunidades en zonas rurales con bajos recursos nunca han visitado al odontólogo, debido a su estilo de vida, condiciones de vivienda, ocupación, ingresos, educación, área de residencia, o dificultad para trasladarse por falta de transporte. ¹³ Figura 2



Figura 2. Acceso al transporte en zonas rurales. ¹⁴

Las limitaciones y la calidad de vida son un reflejo de las consecuencias sociales de la enfermedad, asimismo la exposición a factores de riesgo durante la infancia por adversidades sociales, circunstancias culturales y ambientales puede tener un fuerte impacto en la salud oral del individuo.

3.1. Etapa escolar

La edad escolar se considera el eje del aprendizaje y comprende de los 6 a 12 años, esta etapa es decisiva para el desarrollo intelectual de los niños, consolidan sus capacidades físicas, aprenden la manera de relacionarse con los demás y aceleran la formación de su identidad y autoestima, la escuela es el principal centro del aprendizaje.¹⁵ Figura. 3



Figura 3. Aprendizaje en etapa escolar. ¹⁶

Según Jean Piaget es la etapa de la socialización y el pensamiento operatorio del desarrollo intelectual, donde pueden realizar operaciones lógicas y resolver aquellos problemas que están o han estado presentes, aquellas cuestiones sobre las que los niños hayan podido operar directamente, este tipo de pensamiento es condición necesaria para comenzar el aprendizaje por ejemplo de las operaciones numéricas.¹⁵

El aprendizaje de las operaciones numéricas y de la lectoescritura son indicadores del desarrollo intelectual del niño, ya que éstas ponen en juego una serie de operaciones lógicas que culminaran en el pensamiento formal del adolescente; aprender a leer y escribir es un proceso complejo de construcción de representaciones.

En esta etapa aparece el juego en equipo con reglas respetadas por todos, surge el interés por la práctica de algún deporte y la posibilidad de coordinar su juego con el de sus compañeros con un fin común, por lo que es importante que el tiempo libre sea utilizado para promover buenos hábitos.

Se recomienda evaluar su estado de salud por lo menos una vez al año, puesto que durante este periodo se producen importantes cambios físicos y en relación la maduración sexual que pueden generar tanto sentimientos de vergüenza como de mayor seguridad, generalmente en las niñas aparecen más temprano.

Los cambios físicos se relacionan con la fuerza, las habilidades motrices, el desarrollo intelectual y las actitudes sociales, la mayoría de los cuales son progresivos y constantes.¹⁷

El inicio de la etapa escolar es un acontecimiento trascendente para los niños y sus familias, razón por la cuál es aconsejable que los padres, maestros y alumnos, integren una verdadera comunidad para favorecer y potenciar la motivación y el rendimiento escolar de los niños; esto se logra fortaleciendo el vínculo entre la familia y la escuela a manera de promover la cooperación y el entendimiento entre ambas.

La escuela puede transformarse en un ámbito promotor de estilos de vida y alimentación saludables al incorporar en su proyecto educativo la reflexión y práctica sobre el autocuidado, enfoque que debe complementarse con el trabajo en conjunto con otras organizaciones locales como clubes, centros de salud, bibliotecas o centros comunitarios. Figura 4



Figura 4. Promoción de la higiene oral en la escuela. ¹⁸

Es responsabilidad de la sociedad en conjunto ofrecerles a los niños el acceso a una educación integral y de alta calidad, además de ser un derecho consagrado en la Convención sobre los Derechos de los Niños de la ONU.

En el caso de no brindarles las condiciones adecuadas en la etapa escolar, las consecuencias son desafortunadas, puesto que su desarrollo intelectual es deficiente y pierden destrezas para pensar, comprender y ser creativos; sus habilidades manuales y sus reflejos se vuelven torpes; no aprenden a convivir satisfactoriamente, a trabajar en equipo, a solucionar conflictos ni a comunicarse con facilidad y pueden convertirse en personas angustiadas, dependientes e infelices.¹⁹ Figura 5



Figura 5. Condiciones inadecuadas para el aprendizaje.²⁰

La familia, la comunidad y la escuela son esenciales en esta etapa de crecimiento para aprender normas sociales y adquirir valores como la solidaridad y el sentido de justicia. ²¹ Figura 6



Figura 6. Comunidad en la que el niño trabaja y no asiste a la escuela. ²²

La UNICEF y el CONEVAL indican que aproximadamente el 53% de los niños mexicanos entre 0 y 17 años se encuentra en situación de pobreza, debido a que una proporción importante de esta población no tiene acceso a los bienes indispensables para su alimentación, lo que obstaculiza el ejercicio de todos sus derechos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en México y el (Coneval) presentaron el reporte ejecutivo “Pobreza y Derechos Sociales de Niños, Niñas y Adolescentes en México”, que analiza las particularidades de la pobreza infantil y las tendencias observadas en ese periodo, detallaron en el reporte que en 2012, 21.2 millones de niños y adolescentes se encontraban en pobreza y 4.7 millones en pobreza extrema. ²³

A pesar de que la economía mexicana registró un crecimiento anual promedio de 4.3% entre 2010 y 2012 (Banco Mundial, 2013), éste no se vio reflejado en una disminución de los niveles de pobreza en general, pero sí se registró una reducción de la pobreza extrema; además, en comparación con el 2010, hubo un incremento en el acceso a los servicios de salud para 3.4 millones de niños y adolescentes. Otro hallazgo del reporte es que, en 2012, 61.3% de la población de 0 a 17 años era parte de hogares con un ingreso inferior a la línea de bienestar y 28.2% enfrentaba inseguridad alimentaria moderada o severa (es decir, carecían de los recursos necesarios para adquirir los alimentos que requerían para tener una alimentación sana y variada).²³ Figura 7



Figura 7. Niño en etapa escolar con alimentación deficiente.²⁴

3.2. Enfermedades orales frecuentes

En México, existen profundas disparidades en la salud oral que pueden estar relacionadas a la situación socioeconómica, raza u origen étnico, edad, sexo o estado general de la salud, si bien las enfermedades orales comunes son prevenibles, no todas las personas cuentan con la información necesaria o están en condiciones de beneficiarse de las medidas de promoción de la salud oral adecuadas.

La prevención y el tratamiento apropiado de estas enfermedades son parte del componente básico de atención primaria de salud y las poblaciones de bajos ingresos están particularmente en riesgo debido a una gran variedad de factores, entre ellos la falta de acceso a la atención odontológica, el alto costo de los servicios dentales y falta de información general sobre el papel que desempeña la salud oral y el bienestar de las personas.

Las enfermedades orales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, se manifiestan desde los primeros años de vida y sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.²⁵ Figura 8

La OMS señala que las enfermedades orales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan a más de 90% de la población mexicana.²⁶



Figura 8. Niños de escasos recursos. ²⁶

La salud oral posibilita que las personas hablen, coman y socialicen, acciones que desempeñan un papel fundamental en su calidad de vida, esta se encuentra determinada por la exposición a diversos factores de riesgo, donde el nivel socioeconómico ejerce una gran influencia, puesto que los diferentes estratos sociales pueden tener grados variables de riesgo, desde que se reconoce que la distribución desigual de la riqueza, el desempleo y la falta de movilidad social pueden incrementar la susceptibilidad de los individuos. ¹²

De acuerdo con el Presidente de la FDI, el Dr. Orlando Monteiro da Silva, las enfermedades orales se pueden prevenir en gran medida si la gente adopta buenos hábitos de higiene bucal, los cuales permiten reducir los principales factores de riesgo.

No obstante, la salud oral es todavía un problema de salud pública en todo el mundo, lo cual tiene efectos desfavorables como la pérdida dental que afecta en la ingestión de alimentos y por ende el crecimiento y desarrollo de los niños. La exposición a factores de riesgo durante la infancia por adversidades sociales, circunstancias culturales y ambientales puede tener un fuerte impacto en la salud oral durante la vida entera.²⁷

Dentro de las enfermedades de salud oral los problemas nutricionales en la infancia tienen una alta prevalencia en México, las consecuencias de la desnutrición en la niñez son graves, más aún si ésta se presenta en los primeros años de vida van desde la disminución del coeficiente intelectual, los problemas de aprendizaje, el desarrollo neurológico deficiente, el escaso desarrollo muscular y las enfermedades infecciosas frecuentes en la niñez, hasta un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta y dificultades para la integración social.

La desnutrición influye en el crecimiento y desarrollo craneofacial y constituye un antecedente adverso de diversas secuelas como alteraciones en la calidad y textura de tejidos como el hueso, ligamento periodontal y dientes, además se asocia a un desarrollo dentario retardado y aumento en la experiencia de caries en dientes deciduos. Los efectos por deficiencias de vitaminas sobre el desarrollo dental, la función inmunológica y en los procesos metabólicos se manifiestan clínicamente como hipoplasia del esmalte, estomatitis, glositis, queilitis, xerostomía, gingivitis, periodontopatías, formación de placa bacteriana y caries.²⁷

Uno de los mayores problemas para la prevención de enfermedades orales en países con ingresos medios y bajos es que la atención a la salud es casi inaccesible, por lo que la incidencia de padecimientos como la caries sigue imperando.¹⁷

3.1.1. Caries dental

La caries es una enfermedad multifactorial que afecta no sólo la alimentación de los niños y los hábitos de higiene oral, sino a su salud general. La condición social, el origen étnico, el ingreso familiar, el grado de escolaridad, el hacinamiento y el acceso a los servicios de salud pueden considerarse factores que definen el perfil de un niño con respecto a la caries.²⁸ Figura 9

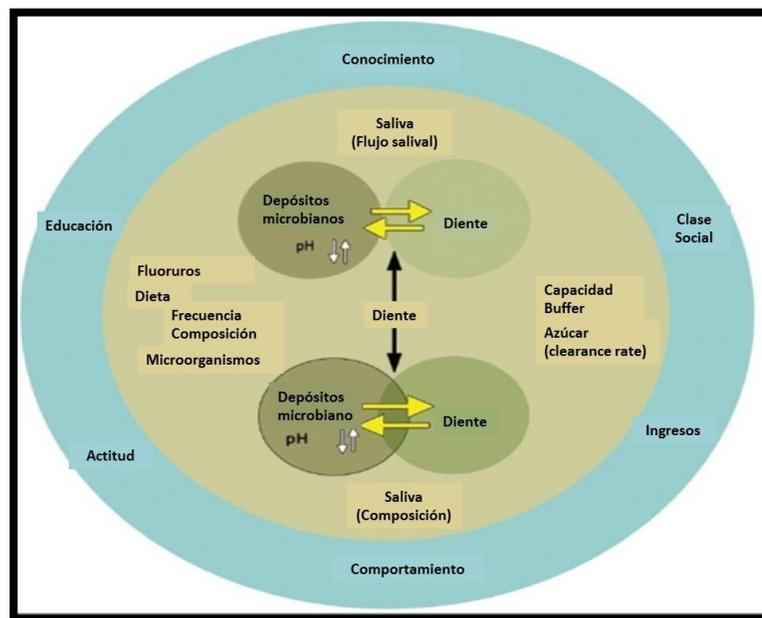


Figura 9. Factores de riesgo a caries.²⁹

En el último siglo la investigación científica ha permitido establecer un concepto más detallado de la naturaleza de la caries dental, ya que actualmente se reconoce que una cavidad es la última manifestación de una infección bacteriana.

La caries dental es un proceso dinámico donde se alternan periodos de desmineralización con periodos de remineralización, a través de la acción del fluoruro, calcio y fosfatos presentes en la saliva.

El desarrollo de la caries depende de la frecuencia en el consumo de carbohidratos, las características de los alimentos, el tiempo de exposición, eliminación de la placa y la susceptibilidad del huésped. Existen especies de lactobacilos, actinomicetos y otros estreptococos que generan ácidos dentro de la placa y pueden contribuir al proceso carioso. Figura 10

Las bacterias presentes en la cavidad oral forman una comunidad compleja que se adhiere a la superficie del diente en forma de una biopelícula, comúnmente denominada placa dental.

Una biopelícula cariogénica puede contener millones de bacterias, el estreptococo mutans es el principal en este proceso; esta bacteria puede fermentar los hidratos de carbono para formar ácido láctico, los ciclos repetidos de la generación ácida pueden dar lugar a la disolución microscópica de minerales del esmalte del diente y a la formación de una mancha blanca o marrón opaca en la superficie del esmalte.

Si la infección en el esmalte no es controlada, la disolución ácida avanza hasta producir una cavidad que se extiende a hacia el tejido pulpar, el cual contiene una gran cantidad de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. En esta etapa se puede presentar un abseco que conduce a la destrucción del hueso y extensión de la infección a la circulación sanguínea.



Figura 10. Presencia de caries durante la etapa escolar.³¹

La caries dental se presenta con una serie de signos y/o síntomas (cavitación y/o dolor), afectando diferentes dientes y sus superficies, con distintos grados de severidad, por lo tanto, la caries dental es un proceso acumulativo donde los factores de riesgo determinan el inicio del proceso, su avance, evolución y la posibilidad de reversión en la primera fase del proceso.³⁰ Figura 11



Figura 11. Presencia de diversos grados de caries. ³²

3.1.2. Enfermedad periodontal

Es una infección causada por las bacterias presentes en la biopelícula (placa dental) que se forma en las superficies de la cavidad oral, se representa por varias entidades nosológicas, su división básica se refiere a la gingivitis cuando se encuentra afectada la encía y la periodontitis cuando los tejidos suaves y estructuras de soporte de los dientes están lesionados.

Al igual que caries dental esta enfermedad se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos, el porcentaje de individuos con periodontitis moderada o severa se incrementa con la edad.

La gingivitis es la inflamación de la encía y se caracteriza por cambios en la coloración (comúnmente de un rosa pálido a un rojo brillante), se presenta edema y sangrado, además de alterarse la consistencia tisular, estos cambios son el resultado de la acumulación de placa dental a lo largo del margen gingival y de la respuesta inflamatoria del sistema inmune a la presencia de productos bacterianos. Figura 12



Figura 12. Presencia de gingivitis por falta de higiene oral. ³³

Los cambios iniciales de la gingivitis son reversibles con una adecuada higiene, de lo contrario éstos pueden llegar a ser más severos con la infiltración de células inflamatorias y el establecimiento de una infección crónica, esta condición puede persistir por meses y hasta años sin progresar a periodontitis.

La biopelícula presente en las superficies de los dientes que se encuentran cerca de las salidas de las glándulas salivales, a menudo se mineraliza y forma cálculo o tártaro, esta combinación puede exacerbar la respuesta local inflamatoria. ³⁰

La inflamación gingival puede ser influida por hormonas esteroideas, originando diferentes tipos de gingivitis como juvenil, del embarazo y la asociada a la administración de medicamentos para el control de la natalidad.

La presencia de biopelícula en los tejidos adyacentes estimula el crecimiento de ciertas bacterias y desencadena una exagerada respuesta, además algunos fármacos como los antiepilépticos e inmunosupresores pueden inducir el crecimiento excesivo gingival y la inflamación.

La severidad de la enfermedad periodontal es determinada a través de una serie de signos que incluyen la extensión de la inflamación, hemorragia, profundidad de la bolsa periodontal, pérdida de inserción del ligamento y de tejido alveolar óseo adyacente, el cual se determina mediante evaluación clínica y radiográfica.³⁰

3.2.3. Maloclusiones

Las maloclusiones, son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones del habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial.

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades orales, después de la caries y la enfermedad periodontal.

Las causas de maloclusión son varias entre ellas destacan los defectos en el crecimiento de los niños, la desnutrición ocasionada no solo por la carencia de proteínas y alimentos energéticos, sino además por una ingesta inadecuada de minerales y vitaminas, sus efectos son especialmente graves durante etapas tempranas.³⁴

Los niños con bajo peso al nacer y problemas de desnutrición, presentan retardos en la erupción dentaria; durante el periodo de dentición mixta estos trastornos pueden causar anomalías en la posición de los dientes, provocando maloclusiones³⁴

3.2.4. Enfermedades orales oportunistas

Las enfermedades oportunistas son una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil estas se relacionan principalmente con problemas de inmunosupresión.

En México la desnutrición es la causa más frecuente de inmunodeficiencia y se la considera un factor de riesgo de muerte infantil, está estrechamente ligada a condiciones sociales de alta marginación y limitado acceso a programas e instituciones de salud.³⁵

La candidiasis se puede presentar en pacientes con inmunosupresión, esta se manifiesta de diferentes formas, por lo que es importante inspeccionar la mucosa oral, los signos principales son el eritema y depósitos blanquecinos, en ocasiones se pueden encontrar fisuraciones o queilitis asociadas. Figura 13



Figura 13. Candidiasis asociada a desnutrición. ³⁶

La sintomatología asociada es generalmente mínima, desde asintomática hasta cuadros de disgeusia, ardor o quemazón de intensidad variada. ³⁵

CONCLUSIONES

La última parte del siglo XX fue testigo de una transformación, tanto en la salud general como en la salud oral sin igual en la historia. Sin embargo, a pesar de los logros notables en las últimas décadas, millones de niños en todo el mundo han sido excluidos de los beneficios del desarrollo socio-económico y los avances científicos que han mejorado la atención de salud y calidad de vida.

Los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud son importantes y se puede argumentar que la mejora de la salud se puede lograr mediante la reducción de la pobreza. Por otra parte, los sistemas de salud, incluidos los de salud oral, tienen un papel muy importante que desempeñar.

El control de las enfermedades orales depende de la disponibilidad y accesibilidad a los sistemas de salud, pero la reducción de los riesgos para la enfermedad sólo es posible si los servicios están orientados hacia la atención primaria de la salud y la prevención.

Un aspecto importante para lograr la prevención y control de las enfermedades orales es la instauración de programas en salud oral como parte de la salud integral, ya que este problema no debe visualizarse de manera aislada.

La infancia es una etapa de la vida caracterizada por una sucesión de cambios que se desarrollan con una intensidad y velocidad inigualables. Por lo tanto, es fundamental que el equipo de salud cuente con la formación y facilidades necesarias para realizar un conjunto de acciones preventivo-promocionales y terapéuticas que promuevan el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños garantizando así la salud oral.

La reducción de las disparidades requiere de programas de salud oral amplios, de gran alcance, dirigidos a las poblaciones que tienen mayor riesgo de enfermedades específicas e implica mejorar el acceso a los servicios existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto. Instituto de investigaciones sociales. Noviembre 2009
2. <http://www.adnpolitico.com/ciudadanos/2014/05/13/las-6-clases-sociales-que-hay-en-mexico-segun-la-profeco>
3. Clasificación de los niveles socioeconómicos en México según AMAI.
4. Medina-Solis, C. E., Maupomé, G., Avila-Burgos, L., Pérez-Núñez, R., Pelcastre-Villafuerte, B., & Pontigo-Loyola, A. P. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed. 2006; 17, (4) 269-286
5. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud afiliados al seguro popular. CONEVAL. 1ra Edición; México D.F. noviembre 2014
www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso
6. Higashida Hirose. Bertha Yoshiko. Educación para la salud. Graw Hill. México, D.F. 2005 Pág.1-4
7. <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
8. http://www2.sepdf.gob.mx/para/para_padres/familia_escuela/la_import_de_los_dere_de_los_ninos.jsp
9. De La Fuente Hernández J., Sifuentes V. Cristina., Nieto Cruz, Ma. Elena. Promoción y educación para la salud en Odontología. Manual Moderno. 1ra edición. México. 2014. Pág.3
10. Medina-Solis, C. E., Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. 2009. 25 (12):2621-2631

25. La salud oral de los niños de bajos ingresos: Procedimientos para el Tratamiento Restaurativo Atraumático (PRAT):www.respyn.uanl.mx/xii/3/glosa/OHPRAT_mar2009.pdf.
26. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf
27. <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/mexico-entre-paises-con-mas-problemas-dentales>
28. Lopes Marianna, Raquel. Conditional factors for untreated caries in 12 year old children in the city of Sao Paulo. 2013. 27 (4):376-81
29. Recuento de Streptococcus mutans en muestras de biofilm sobre dientes restaurados con resina compuesta oclusal versus dientes sanos mediante el método de cubeta. Carolina Verónica Sieber Carrasco. Santiago-Chile 2012.
30. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucales_vFinal.pdf
31. G. Lezama Flores, R. Carrasco Gutierrez, E. Vaillard Jiménez, M. N. Rojas Guerrero. Afecciones bucales en niños con desnutrición y sus factores de riesgo, área marginada Puebla, México. <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/1084-1340.pdf>
32. <http://www.campeche.com.mx/noticias/campechenoticias/99-de-los-campechanos-tienen-caries/42959>
33. http://sindromedeweber.blogspot.mx/2012_08_01_archive.html
34. "Prevalencia de maloclusiones en relación con el estado nutricional en niño(as) entre 5-10 años de edad de la Unidad Educativa Bolivariana Bachiller José L. Aristigueta, (Ciudad Bolívar) Estado Bolívar. Venezuela. Periodo octubre 2007 - enero 2008." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws.

35. Gaitán-Cepeda LA, Sánchez-Vargas LO, Pavia-Ruz N, Muñoz-Hernández R, Villegas-Ham J, Caballos-Salobreña A. *Candida* bucal en niños mexicanos con VIH/sida, desnutrición o marginación social. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(1)48–53.
36. http://www.pmmedios.com/dad/index.php?option=com_content&view=article&id=424:candidiasis-cutaneo-mucosas-superficiales&catid=87:edicion-45